

第 15 回中皮腫細胞診セミナー申込書

送り先：kobemcs15@gmail.com

神戸大学医学部附属病院 病理部 塚本宛

| | |
|-----------------------------|---|
| 氏名 (漢字/フリガナ) | / |
| 勤務地/部署名 | |
| 勤務地住所 | 〒 |
| E-mail (必須) | |
| 資格 | 細胞検査士 臨床検査技師 医師 その他 () |
| CT 番号 | JSC IAC |
| Web 開催 (Zoom) 参加費：¥2,000 | 3月12日(土) 13:00~ 講演、症例提示等 ※本セミナーは「Zoom」で実施いたします。視聴にあたっては、インターネット環境、PC やスマートフォン等の機器設備環境等の上、お申し込みください。 参考: https://zoom.us/ Zoom ミーティングIDとパスワードは入金確認後、お送りします。 |

受付の回答は、土・日・祝日を除いて4日以内に回答いたします。

4 日を越えても回答が無い場合は、何等かの事情でこちらに情報が届いていない可能性があります。その場合は、電話で連絡をお願い致します。

なお、参加費入金の方法は、受付確認後お送りします。

第 15 回中皮腫細胞診セミナー事務局

神戸大学医学部附属病院 病理部 塚本龍子、今川奈央子

[TEL:078-382-6474](tel:078-382-6474)

E-mail:kobemcs15@gmail.com